VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 32)
z dnia 23 lutego 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 32)

23 lutego 2017 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem poseł: **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący program:

– informacja Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej na temat deinstytucjonalizacji opieki. Formy opieki pośredniej pomiędzy opieką domową i opieką stacjonarną – funkcjonowanie dziennych domów opieki medycznej;

– sprawy bieżące

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Elżbieta Bojanowska** podsekretarz stanu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Krystyna Łakomska** kierownik w Narodowym Funduszu Zdrowia, **Paweł Adamowicz** doradca ekonomiczny w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli, **Norbert Pikuła** kierownik Katedry Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Janusz Piłatowicz** zastępca dyrektora Centrum Alzheimera, **Anna Jakrzewska-Sawińska** dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej**, Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Kordian Kulaszewicz p**rzedstawiciel Gdyńskiej Rady Organizacji Pozarządowych, **Beata Drzazga, Jolanta Gawrysiuk, Marzena Rudnicka i Anna Sobolewska** przedstawicielki Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Marek Wójcik** ze Związku Miast Polskich, **Zofia Prasoł** opiekunka chorych na Alzheimera, **Teresa Renata Banasiak** prezes Vis Maior Warszawskiej Rady Seniorów, **Hanna Głowacka i Iwona Kałaska** z Rady Seniorów Dzielnicy Bemowo, **Maciej Linke** wiceprzewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Ursynów, **Krystyna Żebrowska** przewodnicząca i **Tadeusz Pałka** wiceprzewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Bielany, **Bogdan Szurmak** przewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Mokotów, **Elżbieta Wiśniewska** przewodnicząca i **Małgorzata Wilk** członkini Rady Seniorów Dzielnicy Wilanów, **Roman Michalak** prezes Ekonomicznego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie, **Ewa Pruszko** wiceprezes UTW Woli i Bemowa, **Grażyna Andziak-Zimińska** słuchaczka UTW oraz **Dominika Górnicka** – asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska i Anna Czechowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie. Otwieram 32. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam przyjęcie protokołów z 30. i 31. posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, a także wszystkich pozostałych gości. Witam przedstawicieli rządu, Ministerstwa Zdrowia pana ministra Zbigniewa Króla oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej panią minister Elżbietę Bojanowską. Witam również wszystkich pozostałych gości. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje informację Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej na temat deinstytucjonalizacji opieki. Formy opieki pośredniej pomiędzy opieką domową i opieką stacjonarną – funkcjonowanie dziennych domów opieki medycznej. Czy są jakieś pytania dopytania do porządku dziennego? Nie ma. Poproszę pana ministra zdrowia o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Pani przewodnicząca, szanowne panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Dziękuję bardzo za możliwość takiej prezentacji. Ponieważ to jest mój czwarty dzień w resorcie, nie będę omawiał szczegółów dotyczących konkretnych działań, które w tej chwili biegną, oddam głos osobom, które nad tym pracowały zdecydowanie dłużej, żeby to objaśniły. Zadeklaruję tylko pełną otwartość i chęć wysłuchania różnych propozycji, rozumiejąc, jak istotnym elementem, jeśli chodzi o system opieki zdrowotnej nad osobami z grona potrzebujących takiej pomocy nie tylko ze strony przychodni, szpitala czy jakiegokolwiek innego ośrodka, jest opieka pozainstytucjonalna. Wyszliśmy z zespołu, który zajmował się opieką psychiatryczną i mówiliśmy o centrach zdrowia psychicznego. Myślę, że to jest też ten element, który chcielibyśmy w miarę szybko wprowadzić do polskiego systemu już nie tylko opieki zdrowotnej. Oddam głos dyrektorowi Dariuszowi Poznańskiemu z Departamentu Zdrowia Publicznego, który to departament pilotuje ze strony MZ te prace.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dariusz Poznański:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo. Tak jak pan minister wspomniał, jednym z tematów, będącym coraz częściej przedmiotem naszych prac w MZ, jest właśnie zmiana podejścia organizacyjnego, jeżeli chodzi o opiekę zdrowotną. Jest to kierunek nie tylko w polskim systemie opieki zdrowotnej, w tę stronę podążają też prace prowadzone w państwach rozwiniętych i Komisja Europejska, finansując nam różne programy ze środków europejskich, oczekuje, abyśmy przyjmowali takie modele. Chcemy sprawdzić, jak w polskich uwarunkowaniach prawno-organizacyjnych, finansowych, kulturowych może się sprawdzić taka opieka. Obecnie mamy dwa projekty, w których będziemy oceniali, w jaki sposób takie modele deinstytucjonalizacji sprawdzają się w polskich uwarunkowaniach. Deinstytucjonalizacja, czyli przejście w kierunku świadczeń zdrowotnych czy usług opiekuńczych udzielanych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta czy w tych środowiskach, w których on przebywa na co dzień, będzie wymagała zmiany form instytucjonalnych i usług finansowanych świadczonych ze środków publicznych. Wymaga to też bardziej zintegrowanego podejścia do tych form, które obecnie są dość rozczłonkowane.

Pierwszy z prowadzonych przez nas projektów, to dzienne domy opieki medycznej, które większość państwa pewne doskonale zna, a drugi projekt, o którym wspominał pan minister, to pilotaż centrów zdrowia psychicznego.

W ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, który w grudniu 2014 r. został zatwierdzony przez Komisję Europejską, pojawiła się możliwość wspierania finansowego takich projektów. MZ ze środków, które pozostały w naszej dyspozycji, ogłosiło w lipcu 2015 r. konkurs „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”. To był konkurs na pilotażowe wdrożenie i przetestowanie standardu dziennych domów opieki medycznej, w skrócie DDOM. O dofinansowanie mogły się ubiegać podmioty, które miały kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wnioski o dofinansowanie można było składać do 30 października 2015 r. W terminie złożono148 wniosków. Wyłoniono 40 podmiotów leczniczych, które miały na celu zdeinstytucjonalizowanie co najmniej 400 miejsc opieki nad osobami niesamodzielnymi, zależnymi. Pierwotna alokacja na ten projekt wynosiła 40 mln zł. Uwzględniając jednak duże zainteresowanie, w ramach posiadanych ośrodków zwiększyliśmy alokację finansową na konkurs do 51 mln zł, dzięki czemu mogliśmy zawrzeć umowy z 53 wnioskodawcami.

Wsparcie DDOM jest skierowane do osób niesamodzielnych, w szczególności powyżej 65. roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod ambulatoryjną opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają one stałego całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego, czyli nie muszą być objęte opieką zinstytucjonalizowaną. Te osoby powyżej 65. roku życia powinny stanowić co najmniej ¾ łącznej liczby pacjentów w dziennych domach. Świadczenia udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu

na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych. Kryterium kwalifikacji jest ocena w skali Barthel, ta sama, którą wykorzystuje się do kwalifikacji do opieki, objęcia opieką długoterminową. Przedział punktowy w tej skali określiliśmy na 40-65 punktów. Pacjenci, którzy trafiają do DDOM, są to albo osoby bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, a ich stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań rehabilitacyjnych, przeciwdziałania postępującej niesamodzielności, ale też działań wspierających, edukacji zdrowotnej, doradztwa w procesie leczenia osoby niesamodzielnej, jak również osoby, którym w ciągu ostatnich 12 miesięcy udzielono świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego.

Podstawowe cele kwalifikacji pacjentów do dziennych domów to: poprawa stanu zdrowia, samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością oraz samoopieki. W projektach przyjęto, że w jednym DDOM opieką powinno być objętych od 10 do 15 pacjentów.

Skierowanie do dziennych domów opieki medycznej wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, wraz z wypełnioną kartą oceny stanu klinicznego, z wykorzystaniem skali Barthel. Do DDOM kieruje albo lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, ewentualnie lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który leczył pacjenta w szpitalu.

Czas trwania pobytu pacjenta co do zasady powinien zawierać się w przedziale od 30 do 120 dni roboczych. Ale w uzasadnionych medycznie przypadkach są możliwości pewnych odstępstw. Projekty powinny funkcjonować co najmniej cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin. Tutaj też była możliwość modyfikacji tych godzin. Podstawowym zadaniem dziennych domów jest zapewnienie opieki medycznej połączonej z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. To jest bardzo ważne.

Do podstawowych kategorii świadczeń, które są udzielane i finansowane w ramach projektów, należą opieka pielęgniarska, doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych, usprawnianie ruchowe, stymulacja procesów poznawczych, terapia zajęciowa, przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki po zakończeniu opieki w dziennym domu.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego pacjentom są udzielane niezbędne konsultacje specjalistyczne i niezbędne badania diagnostyczne. Poza świadczeniami opieki zdrowotnej jest też zapewnione odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, są prowadzone zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy poszczególnymi świadczeniami opieki zdrowotnej. W razie potrzeby jest też możliwość sfinansowania bezpłatnego dla pacjenta transportu z miejsca zamieszkania i z powrotem. To jest pierwsza z inicjatyw, które podjęło MZ.

Tworzenie warunków dla tych centrów było dość trudne, bo oczekiwania ze strony Ministerstwa Rozwoju, które z jednej strony jakby narzucało nam kierunek deinstytucjonalizacji, żeby odchodzić od form zinstytucjonalizowanych w kierunku mniejszych podmiotów, a z drugiej strony było oczekiwanie, że te podmioty będą udzielały tańszej opieki niż np. oddziały, na których jest leczonych 40 czy 60 pacjentów, gdzie z punktu widzenia efektu skali opieka jednostkowa nad pacjentem jest tańsza. Wymagało to pewnego manewrowania i teraz przyglądamy się efektom tego pilotażu.

Kolejnym krokiem będzie ogłaszanie przez marszałków województw w ramach regionalnych programów operacyjnych kontynuacji tych działań. Jeżeli pilotaże otrzymają pozytywną ocenę skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej, to kolejnym celem będzie wbudowanie takiego świadczenia do systemu świadczeń gwarantowanych, czyli po prostu dodanie takiego świadczenia gwarantowanego do koszyków świadczeń zdrowotnych.

Jeśli chodzi o dzienne domy, to może na tym bym zakończył, bo niejednokrotnie już na ten temat rozmawialiśmy.

Chciałbym teraz państwu powiedzieć parę zdań na temat centrów zdrowia psychicznego. Idea jest dość podobna. One będą tworzone, bo jesteśmy na ostatnim etapie usta-

lania warunków dla tych centrów… Celem tego pilotażu jest oczywiście poprawa sytuacji pacjentów cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego. Wdrożenie tego pilotażu umożliwi tworzenie pełnoprofilowych centrów zdrowia psychicznego. Te centra to będzie taka nowa, forma organizacyjna, umożliwiająca udzielanie kompleksowej opieki zdrowotnej psychiatrycznej, bo w chwili obecnej ten system jest bardzo rozczłonkowany. Odrębnie funkcjonują duże monoprofilowe szpitale psychiatryczne, które udzielają przede wszystkim opieki ostrej szpitalnej, w dużej części przyjmują pacjentów w trybie bez ich zgody, po jakimś zaostrzeniu psychozy, zupełnie odrębnie działają poradnie zdrowia psychicznego. Część podmiotów organizuje sobie czy kontraktuje zespoły leczenia środowiskowego, które są przy szpitalu, albo funkcjonują jako całkowicie odrębne podmioty i pacjent pojawia się w różnych miejscach tego systemu. Nie ma koordynacji opieki nad pacjentem. Jeżeli on wychodzi ze szpitala psychiatrycznego, istnieje duża konieczność, żeby ktoś dopilnował tego, że będzie chociażby systematycznie pojawiał się na zajęciach psychoterapeutycznych czy w odpowiedni sposób prowadził farmakoterapię, żeby zapobiec epizodom nawrotu np. psychozy czy innych zaburzeń.

Zadaniem tych centrów jest dostarczenie opieki kompleksowej, w miarę możliwości jak najbliżej miejsca zamieszkania. Chcielibyśmy, żeby takie centra były organizowane dla obszaru obejmującego nie więcej niż 100-150 tys. mieszkańców. Chcemy wprowadzić taką miękką formę rejonizacji, żeby pacjenci mieli prawo do uzyskania świadczenia właśnie w takim centrum. Chcemy też wprowadzić takie zasady finansowania tych centrów, żeby w sposób bardziej elastyczny kierownicy centrów mogli dysponować swoim personelem, czyli zależnie od potrzeb zdiagnozowanych pacjentów i konieczności udzielania im opieki, mogli decydować, czy wzmacniać opiekę ambulatoryjną, czy np. bardziej inwestować w opiekę środowiskową, czyli domową. Takie centrum powinno się składać co najmniej z zespołu ambulatoryjnego, środowiskowego, dziennego i szpitalnego.

Rozpoczęcie prac nad kontraktowaniem centrów zdrowia psychicznego będzie możliwe, mamy nadzieję, już w niedługim czasie. Czekamy na zakończenie prac legislacyjnych nad ustawą pilotażową; jest to nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wprowadzi możliwość finansowania takich pilotaży przez ministra zdrowia w formie rozporządzenia. Po wydaniu takiego rozporządzenia, określającego warunki dla podmiotów, które mogłyby stać się centrami zdrowia psychicznego, NFZ będzie mógł z tymi podmiotami zawierać kontrakty na opiekę. No i to też ma na celu zweryfikowanie, w jakim stopniu taka kompleksowa, skoordynowana, zintegrowana opieka zdrowotna, finansowana w odrębny sposób niż jest to obecnie, spełni oczekiwania zarówno środowisk pacjentów, jak i środowisk organizatorów opieki psychiatrycznej, specjalistów psychiatrów, psychoterapeutów. Liczymy na to, że ten pilotaż pozwoli nam na wyciągnięcie pozytywnych wniosków. Tak naprawdę to jest w dużej mierze sprawdzenie propozycji tych zasad finansowania, z tym że taka opieka bardziej humanistyczna, bliżej pacjenta, bliżej jego rodziny, a nie izolowanie go na długi czas w szpitalu psychiatrycznym, nie jest elementem pilotażu, chcemy tylko sprawdzić, jakie reżimy finansowe, jakie zachęty finansowe będą powodować, że organizatorzy opieki będą mieli motywację, aby w taki sposób zajmować się pacjentami, żeby ta opieka była wysokiej jakości i bardzo skuteczna.

Wyniki tego pilotażu, jeżeli ocena będzie pozytywna – oczywiście w trakcie pilotażu na bieżąco będziemy reagowali na różne rzeczy, które będą się pojawiać – docelowo też będą stanowić element dość dużej zmiany, jeżeli chodzi o podejście do organizowania opieki psychiatrycznej w Polsce. Centra zdrowia psychicznego mają się stać podstawową formą organizacyjną opieki psychiatrycznej w Polsce, uzupełnianą przez opiekę wyspecjalizowaną chociażby nad pacjentami z zaburzeniami osobowości czy zaburzeniami odżywania na podłożu psychicznym. W chwili obecnej to są takie dwie konkretne, wymierne rzeczy, nad którymi ministerstwo pracuje lub wdraża i ocenia ich skuteczność i efektywność. Liczymy na to, że efekty tych pilotaży będą pozytywne. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Teraz poproszę o informację panią minister Elżbietę Bojanowską z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:

Państwo przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Formy usług opiekuńczych w systemie pomocy społecznej możemy podzielić na trzy grupy, a mianowicie: usługi, które są świadczone w miejscu zamieszkania osoby, czyli usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze; druga grupa to usługi świadczone w dziennych ośrodkach wsparcia, mam na myśli ośrodki wsparcia, w tym konkretnie wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dzienne domy pobytu Senior+ oraz kluby Senior+; trzecia grupa to placówki całodobowej opieki, a mianowicie rodzinne domy pomocy, mieszkania chronione oraz domy pomocy społecznej. Pokrótce omówię każdą formę.

Usługi opiekuńcze. Przysługują one osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby bądź niepełnosprawności wymaga pomocy innych. Mogą być przyznane osobie w rodzinie, która wymaga pomocy innych osób, jednak rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek czy wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić. Te usługi obejmują zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych, od sprzątania, przez pranie, zakupy, sporządzanie posiłków, do opieki higienicznej czy też pielęgnacji. Usługi te mogą być bezpłatne bądź odpłatne w części lub w całości. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustalają władze danej gminy w drodze uchwały. Wysokość opłat danej osoby przede wszystkim zależy od jej dochodu, także kosztu i liczby godzin świadczonych usług opiekuńczych. W sytuacji szczególnej czy też trudnej sytuacji życiowej świadczeniobiorcy istnieje możliwość odstąpienia od opłat za usługi. Trzeba podkreślić, że to zadanie jest realizowane jako zadanie własne gminy i finansowane z budżetu gminy.

Drugim rodzajem usług są specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania. One przysługują osobie samotnej lub osobie w rodzinie, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga takiej formy opieki. Przez specjalistyczne usługi opiekuńcze należy rozumieć ten rodzaj usług, który jest dostosowany do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia bądź niepełnosprawności. Są one świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym, np. pielęgniarki, rehabilitantów, psychologów. Rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych, warunki i tryb ich ustalania, a także kwalifikacje osób je świadczących określone są w rozporządzeniu ministra polityki społecznej w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. Odpłatność za usługi, z wyjątkiem usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz szczegółowe warunki ich przyznawania czy też zwolnienia od opłat ustala rada gminy w drodze uchwały. W 2015 r. z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych skorzystało prawie 100 tys. osób. Kwota wydatkowana na świadczenia z tego tytułu przez gminy wynosiła około 407 mln zł.

Tak jak mówiłam, drugą grupą wsparcia są usługi świadczone w dziennych ośrodkach wsparcia. To jest forma pomocy instytucjonalnej, w ramach której są świadczone różne usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób z nich korzystających, w tym usługi, chciałabym podkreślić, żywieniowe. Przy ośrodkach wsparcia mogą być również tworzone miejsca całodobowego okresowego pobytu. Takim ośrodkiem wsparcia jest m. in. ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Środowiskowe domy samopomocy to są placówki okresowego dziennego lub, tak jak powiedziałam, całodobowego pobytu dla osób, które mogą otrzymać częściową opiekę i pomoc w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. ŚDS oferują indywidualne lub zespołowe treningi samoobsługi czy też treningi umiejętności społecznych. Kadrę stanowią m. in. psycholog, pedagog, pracownik socjalny czy instruktor terapii zajęciowej. Dla każdej osoby jest ustalany indywidualny plan postępowania wspierająco-aktywizującego. Liczba środowiskowych domów pomocy co roku wzrasta. W 2015 r. było ich 799, w 2016 r. powstało 16 nowych SDŚ z 443 miejscami. Na koniec 2015 r. kolejka do SDŚ wynosiła około 1500 osób. Udało nam się zlikwidować około 1/3 kolejki, ale wiemy, że cały czas potrzeby w tym zakresie są bardzo duże. Należy też podkreślić, że jest to jedno z nielicznych zadań rządowych, które są realizowane przez samorządy i finansowane ze środków rządowych.

Kolejnym rodzajem ośrodków wsparcia są domy dziennego pobytu oraz kluby Senior+, dobrze państwu znane, w związku z czym może tylko powiem, że nabór na utworzenie

tych placówek, jak i dofinansowanie dla już istniejących został ogłoszony w poniedziałek w tym tygodniu, wszystkie dane są na naszej stronie. Mamy dwa moduły, a mianowicie moduł wsparcia finansowego na utworzenie, bądź wyposażenie placówki: dla domów dziennego pobytu do 300 tys. zł, a dla klubów do 150 tys. zł. Moduł drugi to dofinansowania na miejsce: w domach dziennego do 300 zł, a w klubach do 200 zł.

Trzeci typ, to placówki całodobowej opieki – rodzinne domy pomocy. Rodzinny dom pomocy przeznaczony jest na pobyt stały lub okresowy dla osób wymagających pomocy innych osób, z powodu wieku bądź niepełnosprawności, którym nie można zapewnić usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Tego rodzaju wsparcie zapewnia usługi zarówno opiekuńcze, jak i bytowe, świadczone w mieszkaniu czy budynku mieszkalnym przez osoby fizyczne lub organizacje pożytku publicznego. Szczegółowo zostały określone warunki dotyczące miejsca pobytu osób, wyżywienia, utrzymania czystości oraz zakresu usług opiekuńczych. Odpłatność za pobyt ustalana jest w umowie zawartej między gminą a prowadzącym rodzinny dom pomocy. Trzeba powiedzieć, że ta forma nie rozwinęła się, nie znalazła odzwierciedlenia w tworzeniu placówek. Na koniec 2015 r. w Polsce było 26 rodzinnych domów pomocy na ogólną liczbę 166 miejsc, w których przebywało 241 osób. Można powiedzieć, że ta forma nie rozwija się, głównie z powodu niechęci gmin do zawierania umów z osobami prywatnymi w sprawie zakupu usług dla osób kierowanych do tych placówek.

Kolejną tego typu formą, to mieszkanie chronione. Są to mieszkania, w których osoba ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę otrzymuje okresowe (w wyjątkowych sytuacjach stałe) wsparcie w funkcjonowaniu w codziennym życiu i przygotowuje się ją do prowadzenia samodzielnego życia w integracji ze społecznością lokalną. Ta forma przeznaczona jest dla tych osób, które wymagają stałego wsparcia, ale nie całodobowej pomocy w funkcjonowaniu, czyli nie wymagają całodobowych usług opiekuńczych. Warunki pobytu w mieszkaniu chronionym muszą być dostosowane do potrzeb osób w nim przebywających. Ta forma pomocy społecznej może być prowadzona przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej (albo na ich zlecenie), bądź przez organizacje pożytku publicznego. Podmiot prowadzący, w uzgodnieniu z osobą kierowaną (na podstawie decyzji), ustala zakres usług oraz odpłatność. Na koniec 2015 r. funkcjonowało 660 mieszkań chronionych na 2605 miejsc, z których skorzystały 2593 osoby.

Kolejnym typem są domy pomocy społecznej, najbardziej rozpowszechnione. To są placówki całodobowej opieki dla osób, które z powodu choroby, niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu i którym nie można zapewnić w ich środowisku niezbędnych usług. W domach pomocy społecznej świadczone są usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, a w przypadku domów dla dzieci i młodzieży – edukacyjne; jest sześć typów tych domów. DPS są bardzo znane, więc powiem tylko, że na koniec 2015 r. było zarejestrowanych 781 DPS na 77 908 miejsc. Przebywało w nich 76 680 mieszkańców. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani minister, za przedstawienie informacji. Chciałam jeszcze przedstawić państwu panią doktor… Teraz pytania? Tak, teraz pytania. Wiem, że pani minister się też spieszy. Pani doktor, przedstawi pani prezentację po pierwszej części pytań. Potem będzie pani prezentacja, a po niej również będą zadawane pytania. Otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów, następnie naszych gości, ma pytania do przedstawicieli ministerstw, bardzo proszę. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, pani minister, szanowni państwo. Temat jest niezwykłej wagi, jeśli chodzi o deinstytucjonalizację usług, w tym usług zdrowotnych, jak i opiekuńczych. Doskonale wiemy – to pokazują badania pod kierownictwem prof. Piotra Błędowskiego w Polseniorze – że i ta samodzielność, i niezależność, i zamieszkiwanie przez osobę starszą we własnym domu jest rzeczą absolutnie pożądaną i oczekiwaną przez polskich seniorów. Ja bym do deinstytucjonalizacji nie podchodził wyłącznie jak do pewnego nakazu, wskazówki, czy zalecenia ze strony instytucji europejskich, ale przede wszystkim jak do działania bardzo przyjaznego seniorom, żeby te potrzeby, które się pojawiają

i są silnie skorelowane z wiekiem, potrzeby wynikające z ograniczenia samodzielności, oczekiwania na pomoc ze strony innych, były po prostu działaniem całkowicie naturalnym. To jest rzecz, o której warto powiedzieć, poza tym te działania mają również dużo wspólnego z określeniem, które zawarliśmy w ustawie o osobach starszych, czyli z jakością życia.

Chciałbym przypomnieć, że od 1 stycznia 2016 r. do wszystkich organów administracji publicznej, czyli rządowej i samorządowej należy monitorowanie sytuacji osób starszych w dostępie i poziomie usług socjalnych, w tym opiekuńczych, w zakresie stanu zdrowia i jego uwarunkowań, ale także jakości życia związanej ze zdrowiem, jak i sytuacji starszych osób niepełnosprawnych i sytuacji ich opiekunów. O tym zadaniu, które zostało powierzone prezesowi Rady Ministrów, nie można zapominać, nie można sobie przypominać przy okazji kolejnej informacji o sytuacji osób starszych, która będzie musiała zostać przedstawiona do 31 października tego roku. To już jest taki moment, szanowni państwo, że nie powinniśmy wyłącznie analizować sytuacji, bo wydaje się, że jaki jest stan obecny, dokładnie wiemy. Z tej liczby przeprowadzonych badań już wynikają pewne zadania i naszą rolą nie tylko jako posłów tej Komisji dedykowanej osobom starszym, jest również przypominanie o pewnych zapowiedziach, a można powiedzieć, o zapowiedziach cały czas nierealizowanych.

Przypomnę pani minister posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej z kwietnia zeszłego roku, na którym pani minister zapowiedziała, cytuję: stworzenie w najbliższej przyszłości centrów usług socjalnych na terenie całego kraju, które zapewniałyby kompleksową opiekę z nowymi, alternatywnymi formami opieki nad osobami starszymi; wzmocnienie systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi w środowiskach lokalnych opierałoby się na stworzeniu placówek opieki dostosowanych do stopnia i rodzaju niesamodzielności osób starszych. Ponadto zostałyby opracowane standardy zarówno kwalifikacji, jak i opieki nad osobami starszymi. No i w związku z tym, ponieważ za chwilę minie rok od momentu wypowiedzianych słów, które były jakby deklaracją złożoną w imieniu ministra rodziny, pracy i polityki społecznej – pytanie, gdzie są centra usług socjalnych, gdzie są te nowe, alternatywne formy opieki nad osobami starszymi i gdzie są te standardy kwalifikacji, jak i opieki nad osobami starszymi? Naszą rolą tutaj nie jest po raz dziesiąty wysłuchiwanie informacji o programach, które znamy, i o tym, czy one się nazywają Senior-WIGOR, czy teraz Senior+, ale naszym zadaniem, jako posłów tej Komisji, jest monitorowanie działań podejmowanych przez rząd, jak również przez samorząd, bo w samorządach są dobre praktyki, które mogą stanowić informację, a z drugiej strony być inspiracją również do działań podejmowanych przez rząd. To są pytania do pani minister.

Nie ma pana ministra Króla i nie ma pana ministra Pinkasa, bo też dotarłem do deklaracji pana ministra Pinkasa z 28 stycznia zeszłego roku, czyli dobrze ponad rok, także dotyczących różnych zobowiązań, które były zapowiedziane przez ministra zdrowia. Te pytania oczywiście skieruję do pana dyrektora. Na jakim etapie jest opracowanie bilansu 60-latka, które pan minister Pinkas rok temu zapowiedział? Jak wygląda rozwój projektów telemedycznych i teleopieki, i czy te usługi są już zapisane w postaci programów strategicznych? Czy znalazły swoje finansowanie w NFZ?

Druga sprawa, i taki był cel dziennych domów opieki medycznej, że zaczynamy oczywiście od pilotażu. Od pilotażu, na który zostały pozyskane środki europejskie na te 40 dziennych domów opieki medycznej. Jak wiemy, były dosyć poważne opóźnienia w uruchomieniu tego programu i dopiero w połowie zeszłego roku zostały ostatecznie wybrane podmioty, które ten pilotaż realizują. Ale celem było również to, że bardzo szybko, nawet można powiedzieć, równolegle z pilotażem, będzie uruchomiony ogólnokrajowy program, bo przecież chyba nie chodzi o to, żeby w 40 miejscach w Polsce na 2,5 tys. gmin, ten dostęp do dziennych domów pobytu był ograniczony. Celem rządowych programów, i tak było w przypadku ASOS, i Senior-WIGOR i innych programów, była diagnoza, którą jest nierównomierne zlokalizowanie infrastruktury opieki, w tym opieki długoterminowej. Więc zadaniem rządu powinno być wyrównywanie tego typu rzeczy. W związku z tym pytanie do pana dyrektora – czy będziemy czekać trzy lata na wyniki pilotażu z 40 miejsc w Polsce, czy też równolegle na podstawie bieżącego monitoringu pilotażu będziemy już podejmowali konkretne działania, żeby dzienne domy opieki medycznej nie stały się

pilotażem, ale realnym programem rządowym przyjętym uchwałą Rady Ministrów? To wszystkie pytania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Chciałam przypomnieć, że będziemy ograniczać czas na zadawanie pytań do dwóch minut, inaczej zabraknie nam czasu na udzielenie głosu wielu osobom, które może są chętne, tak że bardzo proszę o merytoryczne pytania o ustawę. Wszystkie osoby, które biorą udział w Komisji, są zorientowane, co już zostało wprowadzone, co nie. Bardzo proszę o konkretne, merytoryczne pytania. Bardzo proszę.

Poseł Paweł Bańkowski (PO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Mam pytanie do pani minister. Ponieważ jednym z elementów posiedzenia naszej Komisji jest prezentacja na temat geriatrii, chciałbym spytać, czy MRPiPS w jakiś sposób włączyło się w proces starań pacjentów już nie tylko z woj. śląskiego, żeby jedyny w Polsce szpital geriatryczny w Katowicach-Szopienicach został wpisany do sieci szpitali? Pragnę przypomnieć, że ten szpital rocznie przyjmuje ponad półtora tysiąca pacjentów i istnieje realne ryzyko, że nieuwzględnienie opieki geriatrycznej w tym systemie może spowodować, że pacjenci z terenu woj. śląskiego, którzy powinni być objęci opieką geriatryczną, niestety, zostaną pozbawieni tej opieki. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę się przedstawiać. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Urszula Rusecka (PiS):

Chciałam tylko pana posła uspokoić. Akurat w tej sprawie jest złożona interpelacja, m. in. przeze mnie. Jeżeli chodzi o to, co wprowadza MZ i sieć szpitali, to będzie dotyczyć szpitali tzw. ostrych, a nie szpitali geriatrycznych. Ten szpital naprawdę pozostanie i będzie dobrze zaopiekowany. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Poproszę panią doktor.

Dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej Anna Jakrzewska-Sawińska:

Muszę powiedzieć, że w tej chwili, bardzo dużo się zaczyna robić. Wielki ukłon i podziękowanie dla ministerstwa rodziny. Ja za chwilę państwu powiem, co w Poznaniu się robi, a dzięki pomocy państwa robimy bardzo dużo badań. Pan mówił o pilotażu. Ja sobie nie wyobrażam, żebym mogła wziąć DDOM, gdybym przedtem nie zrobiła pilotażu. Ja od dwóch lat pracuję nad tym. Proszę państwa, to nie jest taka prosta sprawa, wziąć 15 pacjentów. To trzeba logistycznie ustawić. Uważam, że robi się bardzo dużo. Mnie się też wydaje czasem, że wszystko za wolno. Ale proszę państwa, jeżeli chodzi o zdrowie i w ogóle o naszą działalność, to nie da się zrobić z poniedziałku na wtorek, to wymaga jednak dłuższej obserwacji, trzeba zmieniać wiele rzeczy, to nie jest taka prosta sprawa.

Jeśli chodzi o szpitale, to powinniśmy jeszcze nad tym pomyśleć, bo muszą być w Polsce szpitale geriatryczne. Będę zresztą o tym mówić, bo uważam, że w każdym województwie powinno być centrum geriatrii i gerontologii, które by edukowało i specjalizowało ludzi – to najważniejsza sprawa – ja o tym ciągle mówię. Nie ma ludzi. Chcemy tworzyć różne poradnie, różne domy, ale nie mamy ludzi do pracy. Najpierw musimy wszystkich przygotować do tego, żeby mogli pracować. Jeszcze raz dziękuję pani minister za to co, pani robi i liczę na jeszcze.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę panią poseł.

Poseł Marzena Okła-Drewnowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Rzeczywiście poradnie i domy pomocy społecznej to są instytucje. Ale rozumiem, że tego typu instytucje są kolejną formą pomocy osobie starszej, która nie jest w stanie sama funkcjonować w domu. Chciałam zapytać o usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Dzisiaj one są świadczone, średnio, od dwóch do czterech, czasami sześciu godzin dziennie. Czy państwo nie zastanawiali się nad tym, żeby stworzyć jednak taki

mechanizm całodobowych usług, nie tak, że ktoś jest 24 godziny na dobę, nie o to chodzi, tylko, żeby gmina mogła te usługi świadczyć w większej liczbie godzin, oczywiście z przerwami, żeby to było rano, południe, popołudnie, wieczór; żeby ta osoba, która nie musi jeszcze być w DPS, ale wymaga pomocy osoby drugiej, żeby ona dalej była w swoim domu, a nie w DPS, ale żeby miała też kogoś, kto nad nią czuwa. Tak instytucjonalnie chce czuć, że ma opiekunkę domową, bo bardzo często gminy zatrudniają opiekunki domowe. Mamy np. mieszkania chronione, które są naprawdę świetną formą pomocy osobom starszym. Mieszkają w jednym bloku, tam jest wiele mieszkań, na dole jest recepcja, wystarczy dzwonek, jak coś się dzieje, to naprawdę się sprawdza.

Czasami jest tak, że ludzie woleliby zostać w swoim domu, jak najdłużej w nim być i właśnie wydaje mi się, że ta opieka w miejscu zamieszkania sprawowana przez opiekunki domowe byłaby dobrym rozwiązaniem. Dla gminy też byłaby tańsza, bo wiemy, że gminy bronią się przed umieszczaniem osób w DPS – koszty są ogromne, a odpłatność rodziny niewielka. Najczęściej jest tak, że opłaty są pokrywane w 70%, z tego, co pamiętam, ze świadczenia osoby kierowanej, pozostała lwia część, najczęściej około kilku tysięcy zł, jest płacona przez gminę. Usługi opiekuńcze by dawały i miejsca pracy… Rodzina niewiele ponosi. Chyba że teraz coraz częściej dzieci płacą więcej, ale z praktyki wiem, że na ogół jest to niewielka kwota. A powinno się to opłacać i gminie. Najważniejsze są osoby starsze, które w większości chciałaby zostać w swoim miejscu zamieszkania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Czy ktoś z państwa jeszcze? Bardzo proszę.

Przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Dziękuję za udzielenie głosu. Zbigniew Tomczak, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Chciałbym się odnieść do programu DDOM. Chodzi mi o akapit mówiący o kryteriach, kto może być przyjęty. Tam jest taki zapis, zresztą pan dyrektor też nawiązał do tego, „osoby po bezpośredniej hospitalizacji lub po leczeniu szpitalnym w okresie ostatnich 12 miesięcy". Chorzy na alzheimera rzadko trafiają do szpitala w związku z tą chorobą. Większość przebywa w domu pod pieczą opiekuna domowego, i bardzo dobrze. Około 80%, a nieraz ponad 80% tych chorych jest pod opieką rodziny, jak my mówimy, jest to opieka 36 godzin na dobę.

Zasadne by było, aby ci chorzy mieli możliwość uczestniczenia w tym programie i skorzystania z niego. Ale kryterium o hospitalizacji nie bardzo daje taką możliwość. Nieraz ci chorzy korzystają z płatnej dziennej, organizowanej przez gminę opieki, ale często spotykamy się z barierą finansową, jaka jest do pokonania przez opiekunów. Pytanie – czy ten projekt dziennych domów daje możliwość skorzystania z nich osobom chorym na Alzheimera, ale wydaje mi się, że nie tylko z chorobą Alzheimera, lecz i innym chorym, którzy są pod stałą permanentną opieką domową opiekuna. Oczywiście przy spełnieniu tych kryteriów skali Barthel, to jest oczywiste. W ten sposób dalibyśmy możliwość przynajmniej częściowego odpoczynku opiekunowi, a z drugiej strony taki chory mógłby przez ten czas być objęty fachową terapią. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu. Proszę.

Przedstawiciel Gdyńskiej Rady Organizacji Pozarządowych Kordian Kulaszewicz:

Kordian Kulaszewicz, Gdyńska Rada Organizacji Pozarządowych. Mam pytanie do pani minister. Czy są jakieś informacje à propos usług opiekuńczych zwykłych i tych specjalistycznych? Ile dana gmina może dać – i daje – że tak powiem, godzin? I też à propos cen usług opiekuńczych, ponieważ chodzi o przetargi – czy ceny usług opiekuńczych standardowych i specjalistycznych wahają się w poszczególnych gminach? Ile gmina przeznacza na usługi opiekuńcze? Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę.

Opiekunka chorych na Alzheimera Zofia Prasoł:

Szanowni państwo. Nazywam się Zofia Prasoł, zajmuję się osobami z chorobą Alzheimera, mamą i teściem. To są już tak zaawansowane w chorobie osoby, że nie ma mowy o żadnej pomocy, o jakiej państwo tutaj mówią. Ja założyłam sobie, że oni będą nie jak najdłużej, ale do końca w domu, o ile oczywiście podołam i o ile będę miała taką pomoc, jakiej mi potrzeba. Myślę, że nieprzypadkowo państwo dzisiaj mówią o usługach opiekuńczych, bo na tym właśnie polega deinstytucjonalizacja. Więc już nie będę powtarzała tego wszystkiego, co przygotowałam sobie na dzisiaj. Zwrócę tylko uwagę na jedną sprawę w związku z informacją o sytuacji osób starszych za rok 2015.

Na poprzednim posiedzeniu Komisji nie słyszałam, żeby ktokolwiek zwrócił uwagę na to, jak poszczególne województwa realizują usługi opiekuńcze. Być może, to przeoczyłam. W każdym razie wygląda to… Może powiem tak: zastanawiająco. Wobec tego dołączam się do pytań, czy ministerstwo nie mogłoby zatroszczyć się o to, żeby te usługi były poważniej traktowane?

Pozwolę sobie tylko tak króciutko przytoczyć, nie używając nazw ministerstw, każdy może sobie zajrzeć do informacji, bo tam ona jest, pewne przykłady. W jednym województwie 12 gmin nie realizowało w 2015 r. usług opiekuńczych. Inny przykład: 61 gmin w ogóle nie realizowało usług opiekuńczych – tak się dzieje w co trzeciej gminie. Następne województwo: 60 ośrodków pomocy społecznej, czyli co piąty ośrodek, nie realizowało w 2015 r. usług opiekuńczych. Te gminy zapewniają jednak, że zostały zaspokojone potrzeby w tym zakresie, dodając, że wydały tylko 30 decyzji odmownych. Ale jednak było te 30, prawda?

Na szczęście MRPiPS nie da się zwieść tym zapewnieniom, ponieważ we wnioskach i rekomendacjach powiedziane jest, że ministerstwo dostrzega potrzeby w tym zakresie i to mnie akurat cieszy. Ale są jeszcze ministerstwa, które w ogóle nie mówią o usługach opiekuńczych, mówią, że tyle i tyle było realizowanych, a czy potrzeby były zaspokojone, tego nie dowiedziałam się niestety. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś chce zadać pytanie w związku z przedstawionymi informacjami? Nie widzę. Bardzo proszę panią minister o udzielenie odpowiedzi na zadane pytania, a potem również pana dyrektora z MZ.

Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:

Państwo przewodniczący, szanowni państwo. Ja może połączę tematy i nie po kolei będę odpowiadała. Odpowiadając panu posłowi – do nas nie wpłynęło żadne pismo, żadna prośba odnośnie do likwidacji tego szpitala, w związku z tym nie mogliśmy wystąpić w tej sprawie do ministra zdrowia. Powiem tylko, że w tworzonej polityce społecznej wobec osób starszych do roku 2030 bardzo mocno podkreślamy potrzebę geriatrów i mocno jest reprezentowany zespół geriatrów, wręcz zarzucają, że za mało polityków społecznych w tym zakresie. Widzimy tę potrzebę i niezbędność. Ale nie interweniowaliśmy, bo nie mieliśmy takiej informacji.

Gdybym mogła połączyć te dwa pytania, właściwie informację pani poseł Marzeny Okły-Drewnowicz i pana o usługach opiekuńczych i specjalistycznych usługach opiekuńczych – odpowiem, że w pełni się zgadzam z wypowiedzią pani poseł, że mieszkania chronione są świetną formą wsparcia osób starszych. Będą takie mieszkania dla osób starszych w Kielcach, które bardzo fajnie funkcjonują. Nie ma określonej maksymalnej liczby godzin usług opiekuńczych. Tak jak powiedziałam, to jest zadanie własne gminy i gminy w drodze uchwały to ustalają, jak i wyceniają koszt godziny. Gdybyśmy narzucili gminom pewne… My nie finansujemy tego zadania, trzeba to jasno powiedzieć. Gminy z własnych budżetów finansują to zadanie

Pan pytał, jaka była średnia kwota za godzinę usług opiekuńczych? To było 13 zł za opiekuńczą, a za specjalistyczną 15 zł. Musimy pamiętać, że od 2016 r. została wprowadzona minimalna stawka godzinowa, w związku z czym na pewno koszt tej usługi pójdzie w górę, już nam to gminy sygnalizują i zgłaszają. Średnio, przeciętna liczba godzin opieki wynosi od dwóch do czterech godzin, to jest ten czas, kiedy rodziny nie ma w domu.

Najtrudniej odnieść mi się do wypowiedzi pana posła Michała Szczerby. Dlaczego? Mam takie wrażenie, że pan nie słucha tego, co się mówi na poszczególnych posiedzeniach Komisji. Nie dalej bodajże jak na przedostatnim posiedzeniu, chyba wtedy nie było pana, dosyć szczegółowo mówiłam o wypracowaniu czy też przetestowaniu standardów usług, łącznie ze standardami kształcenia usług asystenckich, opiekuńczych na rzecz osób starszych. A pan teraz zarzuca, że to nie było omawiane.

Odnośnie do centrum usług socjalnych. Muszę powiedzieć, że pracujemy w różnym zakresie, żeby wprowadzić to rozwiązanie czy też nawet przetestować. O centrach usług socjalnych mówimy w kontekście pomocy społecznej, kiedy mówimy o oddzieleniu pracy socjalnej jako takiej, szeroko pojmowanej, od wypłaty świadczeń i ten projekt jest realizowany w ramach POWER. Jest nabór do tego programu. Trzeci raz już monitujemy gminy, żeby do niego przystępowały, bo taka możliwość również istnieje. Mogę przedstawić na piśmie informację, które gminy w tym programie uczestniczą, a które nie, aczkolwiek będziemy nadal w tym kierunku szli i go rozwijali. Bardzo bym więc prosiła o niezarzucanie nam, że czegoś tutaj nie realizujemy czy też nie przedstawiamy.

Dobrze, że pan podkreślił, że to dopiero rok minął. Jak pamiętam, od 2008 r. dopiero w 2012 r. odkryto politykę senioralną, czyli nie po roku rządów. Proszę dać nam chwilę czasu na pewne działania, bo uważam, że dużo i sporo się dzieje i ja bym wolała dyskutować merytorycznie, a nie wchodzić na ścieżki około, bym powiedziała. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę teraz, panie dyrektorze, o udzielenie odpowiedzi na zadane pytania.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dariusz Poznański:

Bardzo dziękuję. Zacznę może od szpitali geriatrycznych i roli, ewentualnie ich miejsca w sieci szpitali. Jak państwo wiedzą, zakres przedmiotowy tej sieci i jej elementy składowe są przedmiotem bardzo burzliwej dyskusji. Ministerstwo wsłuchuje się w te głosy. Oczywiście nie było intencją tego projektu zamykanie szpitali, które cieszą się tak dobrą renomą i udzielają świadczeń opieki zdrowotnej o wysokiej jakości jak szpital geriatryczny w Katowicach. Ministerstwo słyszy te głosy, a kwestia opieki geriatrycznej jest jedną z najczęściej podnoszonych.

Jeśli chodzi o pilotaż i ten postulat, że w zasadzie nie powinno się już czekać, tylko upowszechniać te świadczenia w zdeinstytucjonalizowanej opiece, niekoniecznie czekając trzy lata na efekty pilotaży, to patrząc z punktu widzenia formalnego, do tego jesteśmy zobowiązani: żeby najpierw prowadzić pilotaż na szczeblu centralnym, później upowszechniać te rozwiązania na poziomie regionalnym, bo inaczej stracilibyśmy dofinansowanie ze środków funduszy europejskich. Co nie wyklucza możliwości, że rozpoczniemy prace nad zmianami w systemie świadczeń gwarantowanych już po zakończeniu pierwszego pilotażu. No bo jak skończą się te regionalne dzienne domy opieki zdrowotnej, to takie świadczenie powinno już być gotowe. Oczywiście chcielibyśmy, żeby formy opieki środowiskowej, domowej, dziennej były jak najbardziej powszechne. Ale to jest zawsze wypadkowa środków finansowych, które są do dyspozycji, no i też kadr medycznych. I tutaj ministerstwo posiada takie narzędzia, jakie ubieganie się o zwiększenie finansowania całego systemu opieki zdrowotnej docelowo do 6% PKB, dzięki czemu będzie można po prostu zakupić więcej świadczeń finansowych, jak też stymulowanie wzrostu liczby kadr medycznych, które takich świadczeń mogą udzielać…

Ocena sytuacji zdrowotnej osób starszych. W połowie ubiegłego roku weszła taka obligatoryjna ocena, powiedzmy, to jest miniocena całościowa geriatryczna w każdym szpitalu (poza szpitalami pediatrycznymi i szpitalami ginekologicznymi). Każdy pacjent powyżej 65. albo 60. roku życia, zgodnie z wytycznymi konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrii, musi być obowiązkowo skonsultowany, czy u niego nie występuje wielochorobowość i czy nie ma ryzyka szkodliwej farmakoterapii. To jest mechanizm, który funkcjonuje zgodnie z przepisami rozporządzenia koszykowego od połowy ubiegłego roku. Nad kolejnymi zmianami prowadzimy prace analityczne w MZ.

Projekty teleinformatyczne teleopieki. Jest na sali pani naczelnik z Departamentu Funduszy Europejskich; nie wiem, czy jest ewentualnie gotowa na udzielenie odpowiedzi

na pytanie, jakie rzeczy finansujemy ze środków europejskich, jeżeli chodzi o projekty telemedyczne. Jeżeli nie, to prosilibyśmy o możliwość udzielenia takiej informacji pisemnie.

Opieka nad pacjentami z chorobą Alzheimera. One nie są wykluczone z możliwości objęcia opieką dziennych domów pomocy medycznej czy domów Senior+, chyba jest taka możliwość. W każdym razie taki był cel tego pilotażu, żeby również sprawdzić, czy nie wyrzucamy jakichś grup pacjentów i takie głosy w dyskusji będą brane pod uwagę podczas prac nad wprowadzaniem takiego świadczenia do pakietu koszykowego. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Pani dyrektor? Bardzo proszę.

Naczelnik wydziału Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ Joanna Szymańska:

Joanna Szymańska, naczelnik wydziału Departamentu Funduszy Europejskich. Chciałam pokrótce odnieść się do tego, co było powiedziane. Po pierwsze, podkreślę, że funkcjonują 53 (a nie 40) dzienne domy medyczne, tak że jest to troszeczkę szerszy pilotaż niż ten, do którego odnosił się pan poseł Szczerba.

Druga sprawa jest taka, że testowanie będzie się odbywać przez 24 miesiące. W wielu przypadkach dzienne domy już funkcjonują od pół roku, tak że pierwsze wyniki tego pilotażu poznamy nie za trzy lata, ale za półtora roku, jest to jakaś optymistyczna wiadomość.

Następna kwestia: ze środków europejskich już w trakcie funkcjonowania dziennych domów będzie przeprowadzona dwukrotna ewaluacja. Pierwsza już się rozpoczyna, tak że w połowie tego roku będziemy mieli wstępne dane, jak dzienne domy są oceniane przez beneficejntów i przez osoby objęte wsparciem.

Odnosząc się jeszcze do kwestii związanej z pacjentami chorymi na chorobę Alzheimera. Niestety, standard dziennego domu, który jest testowany, zakłada, że są to pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji albo po 12 miesiącach. Jest to też związane z tym, że celem dziennego domu jest poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej osób objętych opieką, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, które jest możliwe do uzyskania przez rehabilitację i modyfikację leczenia farmakologicznego. Domyślam się, że opieka nad pacjentami z chorobą Alzheimera nie bardzo wpisuje się w cele standardu. Z przykrością to stwierdzam. Został on przygotowany przez ekspertów. Ale jak powiedział pan dyrektor Poznański, po to testujemy pilotaż, po to też robimy ewaluację ze środków europejskich, żeby się dowiedzieć, czy rzeczywiście ta grupa docelowa została właściwie określona. Jeżeli się okaże, że jest zapotrzebowanie także na inną grupę, innych chorych, to być może ten standard będzie rozszerzony i modyfikowany.

Jeżeli chodzi o kwestie teleopieki, niestety ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego z Programu Edukacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój, którym ja się zajmuję, nie jest przewidziane takie wsparcie.

Departament funduszy europejskich jak najbardziej przygotuje informację pisemną dotyczącą innych środków, które wdraża MZ z innych programów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Szanowni państwo, jak już wcześniej wspominałam, gościem naszego posiedzenia jest doktor nauk medycznych pani Anna Jakrzewska-Sawińska, która jest m.in. kierownikiem poradni geriatrycznej, kierownikiem hospicjum dla dzieci i dorosłych i przygotowała opracowanie „Geriatria. Wyzwanie naszych czasów. Potrzeby i oczekiwania seniorów w zakresie opieki zdrowotnej". Poproszę panią doktor o przedstawienie nam prezentacji. Prezentacja będzie uzupełnieniem tego, co przed chwilą usłyszeliśmy. Bardzo proszę.

Dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej Anna Jakrzewska-Sawińska:

Pani przewodnicząca, panowie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Bardzo dziękuję, że mam możliwość wystąpienia. Będę mówić bardzo skrótowo, bo gdybym chciała to wszystko przekazać, to bym z godzinę mówiła. Przygotowałam

bardzo wstępną analizę potrzeb i w ogóle tego, czego oczekują i potrzebują seniorzy w Polsce. Kto jeszcze z państwa nie dostał opracowania, proszę się tu zgłosić. To jest dopiero wstęp. Ja przygotowuję duży materiał na temat, co należy zrobić dla seniorów.

Proszę państwa, nie musimy przypominać, że ze starością są związane problemy, które przyciągają uwagę społeczną. Dotychczas dużo mówiliśmy; jesteśmy pierwsi w Europie, jeśli chodzi o teorię. Świetnie. Za to trochę gorzej jest z praktyką. Dlatego jest coraz więcej pytań i medycznych, i organizacyjnych, i ogólnospołecznych.

Co jest najgorsze? Nie wiem, czy państwo zauważyli, że my głównie mówimy o seniorach 50+. Proszę mi powiedzieć, kto, mając 50+, albo 60+, sprawny, dobrze działający, czuje się seniorem? Ja mam dużo więcej lat, bo podejrzewam, że jestem tu najstarsza, ale nie się czuję seniorką. Więc nie stawiajmy sprawy w ten sposób. Nie może tak być.

Z kimkolwiek mówię, ciągle słyszę 60+, ja już dostaję naprawdę gęsiej skórki. A cośmy zrobili? Po drodze zgubiliśmy najbardziej chorych ludzi: 75+, 80+. Dla nich się nie robi nic albo prawie nic. Niestety, tak już jest.

Poza tym, jeżeli w ogóle mówimy o geriatrii, to najpierw zastanówmy się, kto jest pacjentem geriatrycznym? Pacjentem geriatrycznym nie jest człowiek sprawny, dobrze funkcjonujący, z małą liczbą chorób, bo on może się leczyć u lekarza rodzinnego, powinien się udzielać w klubach seniora albo sportowych. A my właśnie im najbardziej pomagamy. Stary człowiek, to jest właśnie ten niesprawny fizycznie i psychicznie, który ma duże ograniczenia, jeśli chodzi o funkcjonowanie w codziennym dniu.

Co jeszcze jest bardzo ważne? Opracowując programy senioralne, musimy wziąć pod uwagę najważniejsze: sprawność fizyczną po 60. roku życia i tu musimy mówić tak: sprawni fizycznie niezależni – i dla tych robimy najwięcej; częściowo niezależni – to są ludzie z zaburzeniami wzroku, słuchu, częściowo z niesprawnością ruchową; i niesprawni całkowicie – którzy są zależni od otoczenia.

Ja już od dawna mówiłam, że nie będzie dobrze w opiece w ogóle, jeśli chodzi o służbę zdrowia, jeśli nie zrobimy mapy drogowej, jeśli nie będziemy wiedzieli, jakie są potrzeby, jacy ludzie, co trzeba zrobić. Zrobiłam na razie bardzo małą, dopiero wstępną mapę potrzeb woj. wielkopolskiego. Co się okazało? Przepraszam, ale trochę mi się slajdy pomyliły i pominęłam parę rzeczy, wszystko mi się to pogubiło, bo jedyna rzecz, z którą nie bardzo sobie radzę, to obsługa komputera.

Chciałam powiedzieć tak, ponieważ tutaj mówiliśmy najwięcej o łóżkach. Województwo wielkopolskie ma ponad 3,5 mln mieszkańców i na te 3,5 mln osób mamy 25 łóżek na oddziale geriatrycznym w Gnieźnie i 20 łóżek w Ostrowie. W Poznaniu i w pozostałych miastach nie ma poradni geriatrycznych. Najnowsze dane europejskie mówią: dwa łóżka na 10 tys. ludzi, czyli w samym woj. wielkopolskim powinniśmy mieć 100. A ja teraz znalazłam te dane z MZ i co się okazało? Że jeśli chodzi o liczbę łóżek, zapomniano o ludziach 85+ i na oddziałach internistycznym, geriatrycznym, neurologicznym, kardiologicznym w woj. wielkopolskim brakuje 440 łóżek, a w Poznaniu i Wielkopolsce w tej chwili powinniśmy mieć te 100.

W Wielkopolsce na te 3,5 mln osób są tylko dwie przychodnie geriatryczne, tzn. w Gnieźnie przy szpitalu geriatrycznym (dopiero od tego roku jest ta poradnia) i mała poradnia w Swarzędzu. W Poznaniu są cztery poradnie, ale o tym za chwilę będę mówiła. Proszę sobie wyobrazić, że jeżeli na 100 tys. mieszkańców powinno co najmniej przypadać dwóch geriatrów, to w Wielkopolsce, powinniśmy mieć 30 geriatrów. Ale ich nie mamy. Mamy 34 powiaty, tzn., że powinniśmy mieć 32-34 lekarzy.

Teraz chciałam powiedzieć, jak to wygląda w Poznaniu. W Poznaniu jest 540 tys. mieszkańców, z tego 25% to 60+, 18% to 65+ i ponad 2% to 85+. Można więc w przybliżeniu powiedzieć, że w ramach pacjentów 65+, których jest 100 tys., musimy wziąć pod uwagę to, że co najmniej 20-30% to ludzie, którzy będą potrzebowali opieki i pomocy, a jeżeli chodzi o 85+ to z tych 11,9 tys. prawie wszyscy będą potrzebowali opieki. Zrobiłam taką mapkę, ilu potrzeba geriatrów w poszczególnych dzielnicach. W Poznaniu są cztery poradnie. Wydawałoby się, dużo. Ale w tych poradniach lekarze pracują tylko na godziny. Dlaczego pracują na godziny? Bo inaczej by nie zarobili. Proszę państwa, jeżeli nie zwiększymy pieniędzy na opiekę geriatryczną, to ona nigdy nie będzie działała. Przecież lekarze geriatrzy, pielęgniarki geriatryczne, ci wszyscy, którzy pracują w geria-

trii, też chcą żyć, oni muszą zarobić tyle, żeby starczyło, już nie mówię na godne życie, ale na normalne. Teraz proszę sobie wyobrazić, na 100 tys. osób powinno być dwóch geriatrów, to Poznań musiałby ich mieć 11, a jest pięciu na godziny. O czym tu mówić?

O czym to świadczy? Że powinniśmy mieć jak najwięcej ośrodków geriatrycznych, powinniśmy mieć szpitale, poradnie. Ale nie mamy ludzi. Bardzo ważną sprawą jest to, żeby powstała wykwalifikowana kadra pracownicza, ponieważ pacjent geriatryczny to jest pacjent z wielochorobowością, z wielolekowością, pacjent bardzo często częściowo albo całkowicie niesprawny fizycznie. Dlatego uważam, że w trybie pilnym powinny powstać centra geriatrii i gerontologii dla Poznania i woj. wielkopolskiego. Ale co jeszcze niezbędne – pod merytorycznym nadzorem Uniwersytetu Medycznego. Dlaczego? Takie centrum geriatrii powinno być w każdym województwie i tu chciałam powiedzieć, że świetne jest w Katowicach. W tej chwili Gdańsk, w porozumieniu z Gdańską Akademią Medyczną, jest właśnie w trakcie budowy takiego centrum. I marzy mi się, żeby trzecim taki ośrodkiem był również Poznań.

Co jest bardzo istotne. Ten ośrodek miałby jedna bardzo ważną rzecz – specjalizowałby i szkolił lekarzy geriatrów i lekarzy rodzinnych. Bo powiedzmy sobie szczerze, lekarz rodzinny nie bardzo wie, jak sobie poradzić z pacjentem geriatrycznym. Musimy go tego nauczyć, on musi wiedzieć kto to jest i co on jako lekarz ma robić. Brak nam pielęgniarek rehabilitacyjnych, rehabilitantów, pracowników socjalnych, opiekunów medycznych, opiekunów seniora. Musi ktoś tych specjalistów szkolić.

Ważne, aby w tym centrum był również szpitalny oddział geriatryczny wraz z łóżkami opiekuńczymi. Powinny być wielospecjalistyczne poradnie: geriatryczna, psychologiczna, leczenia bólu, dietetyczna, dzienny dom opieki medycznej, domowa opieka medyczna, ambulatoryjna baza rehabilitacyjna, domowa pielęgniarska opieka długoterminowa, geriatryczny zespół konsultacyjny (instytucja opiekuńcza i lecznicza). I – co jest bardzo ważne – centrum teleopieki i telemedycyny w zakresie geriatrii. To wszystko powinno być w jednym miejscu. Żeby to nie było w różnych częściach miasta, tylko w jednym miejscu. Dlaczego to jest potrzebne? Proszę państwa, my musimy szkolić lekarzy. Mój tata zawsze mówił, że zły to ptak, który własne gniazdo kala. Nie powinnam źle mówić, ale uważam, że nasi lekarze są źle przygotowani praktycznie do pracy. Teorię to oni dobrze znają. Dzisiaj właściwie można się nie uczyć, tylko otwierać komputer i wszystkiego się człowiek dowie, albo w komórce znajdzie. Ale tylko dobrze przygotowany lekarz może coś zrobić. I w takim centrum, gdzie on się szkoli, widzi, jak się leczy w szpitalu, jak się leczy w dziennym domu i wtedy wychodzą specjaliści naprawdę z prawdziwego zdarzenia. Proszę państwa, ja jeszcze żyłam w okresie, kiedy był mistrz i uczennica. I tego nam dzisiaj brakuje. Mój profesor zawsze mówił, że są pewne wiadomości, które się dostaje z rączki do rączki i tego się inaczej nie da zrobić.

Dzięki ogromnej pomocy urzędu miasta prowadzę od 18 lat poradnię geriatryczną, również hospicjum, ale to jest zupełnie inna sprawa, inna bajka, bo dzisiaj nie będę o nim mówić. Poradnia, którą mam przyjemność prowadzić, to wielospecjalistyczna poradnia geriatryczna, ze wszystkimi specjalistami, mam szczęście, że pracuje u nas dwóch profesorów. Mamy też poradnię leczenia bólu, gdzie wykonujemy diagnozowanie i leczenie zaburzeń pamięci, mamy salę gimnastyczną, siłownię, wszystko, czego pacjent potrzebuje i możemy udzielać pomocy. Prowadzimy nie tylko wizyty ambulatoryjne, ale – co jest bardzo ważne – także wizyty konsultacyjne w domu pacjenta.

Nie wiem, czy państwo wiedzą, że 80% poradni w Polsce przyjmuje pacjentów tylko w ambulatorium, ponieważ NFZ nie chce się zgodzić na to, żeby lekarz chodził do pacjenta do domu. To była moja kilkuletnia walka NFZ. Tłumaczyłam, że pacjent chodzi w domu, ale ze względu na bariery architektoniczne, ze względu na stan zdrowia nie może wyjść, no więc jak jest chory, trzeba pojechać do niego. A oni uważali, że takich wizyt musi być bardzo mało. I to jest bardzo źle.

Mamy zespół wyjazdowy geriatryczny, to wszystko jest dzięki urzędowi miasta, ponieważ na to dostałam pieniądze z powiatu. To wygląda w ten sposób, że my się umawiamy z lekarzami rodzinnymi w małych miastach, pytamy, czy ma pan pacjentów geriatrycznych, czy chciałby pan, żebyśmy wpadali. Jedziemy, badamy i potem on dostaje dokładny opis, co kto musi robić. Na razie byliśmy w sześciu takich ośrodkach, bardzo sobie ludzie

chwalili. Poza tym od razu były wykłady, poza lekarzem był również dietetyk, pielęgniarki, mogliśmy z pacjentami rozmawiać. Przy okazji mówiliśmy – proszę państwa, macie salę gimnastyczną, a może ona w szkole nie jest zajęta cały dzień, może byście np. zrobili centrum dla geriatrii? I tu widzę możliwości dla AWS. Te akademie powinny przygotować programy, gdzie starsi sprawni ludzie mogliby chodzić, żeby nadal utrzymywać sprawność fizyczną.

Mamy poradnię bólu, w której 80% stanowią ludzie starsi. Ponieważ nie ma czasu, powiem tylko jedno – to jest zupełnie inny rodzaj bólu, inaczej się leczy starego pacjenta, a inaczej młodego, my specjalizujemy się w tym.

Mamy centrum seniora, gdzie proponujemy porady prawne, psychologiczne, socjalne, dietetyczne. Organizujemy co roku międzynarodowe zjazdy geriatryczne i hospicyjne, po każdym zjeździe wydajemy książkę. Przywiozłam tylko dwie, ale jest ich więcej (te zjazdy są od 2003 r.), gdzie piszemy choroby neurodegeneracyjne problemem XXI wieku. Poza tym mamy bardzo ciekawe kompleksowe rozwiązania problemów geriatrycznych w trosce o przyszłość starzejącej się Europy. Bo chciałam powiedzieć, że współpracujemy również z organizacjami w Europie, i nie tylko, bo były u nas także osoby ze Stanów i z Brazylii.

Dlaczego o tym wspominam? Wszyscy mówimy, że powinniśmy wciągać, współpracować, obserwować, jakie mają wyniki i przenosić na polski grunt. Tego się nie da zrobić. Inni ludzie, inna kultura, inne pieniądze. Ale możemy zbierać pomysły i potem dostosowywać je do polskich warunków. Uważam, że to jest bardzo dobra sprawa. Współpracuję z euroradiem i mamy bardzo dużo ciekawych rzeczy.

Chciałam państwu powiedzieć jedną rzecz, bo rzeczywiście lepiej powinno być w geriatrii. Ale proszę sobie wyobrazić, że rozmawiam z ludźmi z Niemiec, Holandii, a oni mówią, że zazdroszczą, że tak dobrze jest w Polsce. Więc jeszcze tak źle u nas nie jest.

Mam również domową opiekę geriatryczną dla seniorów, za chwilę o tym powiem. Mamy też programy ASOS, które sobie bardzo chwalę i mam bardzo dobre wyniki. Mamy poradnię medycyny paliatywnej, hospicjum domowe dla dorosłych. W tej chwili chcę się pochwalić – buduję hospicjum stacjonarne dla ludzi starszych i dla dzieci. Dla dzieci na pięć łóżek, bo uważam, że wszystkie dzieci powinny umierać w domu i w ogóle powinny być w domu. A hospicjum dziecięce jest tylko jako przechowalnia, kiedy coś się dzieje, np. rodzice zachorują. Była niedawno historia, matka złamała rękę, nie mogła w całym Poznaniu dostać miejsca w szpitalu dla dziecka. Czyli tylko taka przechowalnia.

Teraz chciałabym króciutko powiedzieć, co to jest dzienny dom wsparcia dla osób z zaburzeniem funkcji poznawczych. Proszę państwa, to jest po prostu dzienny dom opieki medycznej, ale ponieważ nie mogłam powtórzyć tej nazwy, wybrałam dzienny dom wsparcia dla osób z zaburzeniem funkcji poznawczych. On jest przeznaczony dla mieszkańców Poznania po 60. roku życia, u których występują zaburzenia funkcji poznawczych, otępienie lekkiego stopnia, oraz dla osób po przebytych udarach. Zapewniamy opiekę medyczną, szeroki zakres zajęć aktywizująco-kompensacyjnych, terapeutyczno-rehabilitacyjnych, edukacyjnych, socjoterapeutycznych. Pacjenci są poddawani treningowi pamięci, orientacji z wykorzystaniem specjalistycznych programów komputerowych, te, które mamy, są cholernie drogie, monitorują uzyskane wyniki. Poza tym pacjenci uczestniczą w ćwiczeniach doskonalących umiejętności manualne oraz w ćwiczeniach rehabilitacyjnych.

Chciałam państwu powiedzieć jeszcze jedną rzecz. Mam w tej poradni również pacjentów z chorobą Alzheimera. Bardzo ważne: jeśli wchodzi pacjent alzheimerowski, musi mieć wczesne rozpoznanie i wczesną rehabilitację. Mam pacjentów, o których wiem, że ich nie wyleczę, ale mogę przedłużyć ten okres pobytu w domu. Mam to szczęście, że w Poznaniu jest świetny ośrodek alzheimerowski, z który współpracujemy, więc jak mamy pacjenta, który już do nas się nie kwalifikuje, przekazujemy go tam. My z kolei im świadczymy usługi geriatryczne, bo tak sobie wzajemnie pomagamy.

Jeśli chodzi o dzienny dom wsparcia, osiągamy bardzo dobre wyniki w sprawności fizycznej pacjentów, równowagi, i tych wszystkich rzeczy. Mamy psychologa, który bada. Część osób poprawia się, jeśli chodzi o funkcje poznawcze, a u niektórych, jeśli się nie poprawia, to chociaż się nie pogarsza. To też jest ważne.

Co chciałam podkreślić. Robię bardzo szczegółowe badania na początku, w połowie programu i na końcu. Już w połowie sprawdzam, czy to, co robimy, zdaje egzamin, czy nie, czy te ćwiczenia, które robimy, są dobre czy nie, czy trzeba coś zmienić. A na końcu przygotowuję materiał, to jest bardzo duży materiał, więc nie chcę o tym mówić, ale myślę, że w niedługim czasie to wszystko przygotuję, jakie są wyniki w poszczególnych grupach i co można zrobić. To są wzloty i porażki. Ja na razie mówię o wzlotach, porażki też są, to nie jest takie proste.

Nie będę mówiła o tym wszystkim, co robi psycholog, bo o tym państwo przeczytają.

Co jest bardzo ważne – Polacy są niedożywieni. Za mało białka, za dużo… bardzo ważna jest sprawa dietetyki. My robimy coś takiego. Są u nas młodzi ludzie, moi doktoranci, że tak powiem robiący doktoraty, studiujący zdrową dietę, długowieczność, różne takie rzeczy. My pacjentom dajemy zdrowe jedzenie, ale to nie wystarczy, że dajemy. Ponieważ w poradni jest kuchnia, czasami pokazujemy, jak to musi być dobrane. W ramach grantu, który dostaliśmy od miasta, nawet kucharz był i pokazywał, jak co gotować. Seniorzy w ogóle nieregularnie spożywają posiłki, nie jedzą śniadań, czasem w ogóle nic nie jedzą. Mało piją. Niestety, z tym mamy ogromny problem. O jarzynach i owocach nie wspomnę, o rybach tak samo nie.

Jeśli chodzi o podsumowanie, to chciałam powiedzieć, że u niektórych aktywność spada, u niektórych rzeczywiście się poprawia.

Te wszystkie programy są bardzo krótkie, to też nie jest dobre, tak samo jak nie powinny być na rok, ja powinnam mieć program na parę lat. Jeżeli mam przychodnię, w której jest wszystko, co potrzeba, dobry personel, aparatura, przygotowane dobrze programy, co trzeba robić, to mam to po dwóch latach wszystko zmienić? No nie może tak być, bo ktoś sobie wymyślił, że musi być inaczej. My się specjalizowaliśmy i trzeba nam wierzyć, że to my sprawdzamy, czy nie trzeba zmieniać. To muszą być kilkuletnie programy. My musimy mieć pewność, nie mogę co roku się denerwować: dostanę program czy nie. Proszę sobie wyobrazić, na te programy zapisują się do mnie ludzie po 50 – 60 – 70, nawet po 100 osób w kolejce. Ja jeszcze nie wiem, czy dostanę, a oni chcą być.

Co zauważyłam? Mieliśmy pacjentów w grupie zwłaszcza młodszych, którym po kilku miesiącach przerwano ćwiczenia. I co się stało? Po sześciu miesiącach oni przyszli do nas ponownie, ponieważ ten pierwszy okres był krótki, więc ja ich wzięłam na drugi turnus i zrobiłam badanie. I co się okazało? To wszystko, co zyskali: zwiększenie masy mięśniowej, zmniejszenie masy tłuszczowej, zwiększenie poziomu wody – bo chciałam państwu powiedzieć, że prowadzę metodę bioimpedancji, to mi bardzo pomaga, wiem, czy te ćwiczenia pomagają czy nie. Dlatego że widzę, jak wygląda masa mięśniowa, co się zmienia. Proszę sobie wyobrazić, wszystko się pogorszyło. I co dalej? Znowu długie starania, żeby wrócić do tego, co już osiągnęli. Jeśli chodzi o wiek do 69, to mamy taką krzywą, która leciutko się podnosi, czyli jest możliwość poprawy. Ale od 70 lat nic nie jest do poprawienia, czyli nie ma możliwości poprawy. To znaczy, jest prosta linia: nie pogarsza się, czyli trzeba ćwiczyć, ale nie ma możliwości odnowy, czyli masa mięśniowa już nam się tak nie zwiększa i stąd są problemy. Ci pacjenci właśnie tacy wracali do domu i my pomagaliśmy im dostosować mieszkanie do ich możliwości, to jest bardzo ważne, czyli zamiast wanny prysznic, ale nie kabina, żeby były łatwe dojście, światło zapalające się na ruch.

Ale najważniejsze – wchodzimy z teleopieką. To są na razie próby. Bo proszę sobie wyobrazić, zgłosiło się do mnie bardzo dużo organizacji, ale to wszystko dla ludzi młodych, dla ludzi sprawnych. Bo jak pani upadnie i nie naciśnie na dzwonek, to jest problem. A przecie ten człowiek nie radzi sobie, jeszcze jak on ma to otępienie, to nawet nie wpadnie na pomysł, że to trzeba zrobić. Czyli myślimy w tej chwili o innych metodach.

Bardzo istotna sprawa, z którą nie możemy sobie poradzić – żeby pacjenci brali leki, bo oni o tym zapominają. Mam taką firmę, próbujemy w tej chwili, nie powiem jak, ale jesteśmy w trakcie prób, bo to jest ważne, żeby sprawdzać, ja muszę zawsze zobaczyć, jak to działa, co się dzieje.

Jeszcze jedno. Ci pacjenci są w takim stanie, że oni sami do nas nie przyjdą. Musimy ich przywozić. I tu jest problem. Mimo że mamy samochód służbowy, koszty transportu przekraczają nasze możliwości finansowe. Dlatego uważamy, że coś trzeba zrobić. Za tak

małe pieniądze, za 2,50 czy 2,30 zł nie jestem w stanie przywieźć tych pacjentów. A sami nie przyjadą, bo nie są w stanie. Musimy ich dostarczać.

Teraz mam nową sprawę. Domowa opieka geriatryczna, to jest program pilotażowy, ja się do tego dopiero przymierzam. Objęłam bardzo małą grupę, bo tylko sześciu pacjentów, osoby od 80 do 90 lat po złamaniu kręgosłupa, po udarze, jak również z innymi chorobami neurologicznymi, niewydolnością nerek. Pacjenci byli po leczeniu szpitalnym, wrócili w bardzo złej formie, z odleżynami, z depresją. Dlatego uważam, że taki dom nie może być nastawiony tylko na pacjenta po szpitalu i ewentualnie rok po szpitalu. To muszą być wszyscy, którzy potrzebują pomocy bez względu na to, czy byli w szpitalu, czy nie, bo lepiej, żeby nie byli.

Tu muszę powiedzieć jedną rzecz: dzięki dotacji MRPiPS dostaliśmy taki program „Równe szanse, nowe możliwości", przeznaczony dla pacjentów, którzy mieli mieć psychologa, rehabilitanta, kosmetyczkę, fryzjerkę i takie różne rzeczy. Ja zrobiłam z tego coś takiego – do pacjentów, których dostałam z ASOS, dodałam naszego geriatrę, neurologa, kardiologa, pielęgniarkę geriatryczną, wolontariuszy. I dzięki temu kompleksowemu działaniu udało się nam zapewnić opiekę domową dla pacjentów, którzy wymagali intensywnego leczenia. Ja jestem, proszę państwa, za tym: nie zawsze wszyscy muszą za wszystko płacić. Ja robię tak: trochę z urzędu miasta, trochę z NFZ, trochę skądś tam. Po prostu to można wszystko zrobić.

To miało charakter pilotażowy, dzisiaj jeszcze za trudno, żebym mogła mówić, czy to jest dobre, czy złe. Ale już stwierdziliśmy u czterech osób wyraźną poprawę w stanie zdrowia; jedna w najbliższym czasie zostanie już przekazana do dziennego domu opieki medycznej, tak się jej poprawiło, bo to jest ważne, żeby natychmiast... (po złamaniu nie chcieli jej w szpitalu nic zrobić, wobec tego gorset i chodzić, chodzić w domu); dwie osoby ze względu na pogorszenie stanu zdrowia, złe rokowania przenieśliśmy do domowej opieki hospicyjnej.

Wiem, że już za długo mówię, wobec tego króciutko tylko o ASOS. Bardzo go sobie chwalimy. Mamy w tej chwili ponad 300 osób, które zbadaliśmy, objęliśmy opieką. W tej chwili jeszcze nie mam programu, a już się zgłosiło sto osób, nie wiem, jak to będzie, będziemy się teraz wybierać. To była szeroko podjęta aktywizacja dla osób starszych, poprawa jakości życia. Ja „zrobiłam" 160 osób, w tych wszystkich opisach to państwo mają, nie będę o tym mówić, powiem tylko o dwóch rzeczach.

Uważam, że w ramach ASOS powinniśmy mieć dwie grupy i powinny być dwa programy: jeden program dla osób starszych sprawnych, oni mogliby być ćwiczeni i właściwie na dobrą sprawę oni nie powinni być u nas, oni powinni się leczyć u lekarza rodzinnego, być w klubach seniora i kluby seniora powinny dostać te pieniądze, w klubach sportowych, gdzie by też mogli chodzić. A u nas, u mnie powinna być opieka właśnie dla tych niesprawnych. Bo wszystko mam w jednym miejscu, mam cały dzień lekarza geriatrę i jeśli cokolwiek się dzieje… Miałam bardzo trudną sprawę – jeden z pacjentów nam zasłabł, okazało się, że przyszedł z zaświadczeniem, że jest zdrowy i mieliśmy bardzo duży problem. Gdyby nie to, że był lekarz geriatra i natychmiastowa pomoc, to proszę państwa, ja bym z kryminału nie wyszła, gdyby on nam umarł. Tego trzeba pilnować, to się tak nie da zostawić.

Dietetyka. Czy są młodzi, czy starzy, źle jedzą. Muszę państwu powiedzieć, jest jedna rzecz najtrudniejsza – nauczyć ludzi dobrego żywienia. Jak się całe życie jadło kotlety, to się chce go jeść nadal.

Co jeszcze? Zrobiłam ankietę na 400 osób i co stwierdziliśmy? Bardzo ciekawa sprawa. Pytałam ludzi, gdzie chcą być, jeżeli będą niesprawni. Ponad 80% chce zostać w swoim domu. Nie chcą iść do DPS. Wcale się nie dziwię, bo tam nie jest najlepiej. Tylko 18% osób chciało tam pójść. A dlaczego jest źle w DPS? Uderzcie się w piersi. A kto to kontroluje? Kontrola jest taka, że przedtem mówicie, że ktoś przyjdzie na kontrolę. No to co, zanim przyjdzie, to zrobię porządek, nie? Kontroler powinien wpadać. A poza tym, co robią rady seniorów w mieście? One powinny tam chodzić i sprawdzać, one powinny się tym zajmować. To jest sprawa dobrego ustawienia.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Pani doktor, proszę do mikrofonu, bo nie słyszymy.

Dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej Anna Jakrzewska-Sawińska:

Serdecznie przepraszam, już kończę. Potem pytałam, gdzie chcieliby spędzić ostatnie dni swojego życia, naturalnie nie mówiłam, gdzie chcieliby umrzeć. 95% deklarowało, że chciałoby być w domu, wśród bliskich. Pytałam jeszcze, czy państwo chcieliby mieć obiady na kółkach? Bo w ramach pobytu dziennego jeszcze proponowałam obiady domowe. 14% zadeklarowało chęć skorzystania z takiej usługi, a 80% powiedziało, że nie, chyba że będą za darmo. Ale znowu nasza wina. Ja się sama przekonałam – my nie umiemy rozmawiać ze starymi ludźmi tak, żeby oni zrozumieli. Bo jak ja się zapytałam, to ona nie, ale jak usiadłam z nią i wyliczyłam, ile pieniędzy płacą za lekarstwa, bo p przynosili i ja sprawdzałam, jak zobaczyłam, ile płacą za dzierżawę i światło, to się okazało, że jak miała te 1200, 1300 zł, to mogła wydać 300 zł. To ja jej wyliczyłam, ile taki obiad kosztuje, gdyby jeszcze urząd miasta dał połowę z tego, powiedzmy10 zł, 5 zł dla niej, 5 zł dla autora obiadu, to jest 150 zł. Wytłumaczyłam jej, że może wydać te 150 zł, nie powiedziałam, że musi mieć jedną chorobę, bo jak będzie miała ich kilka, to zamiast zjeść, kupi lekarstwa, ale dzisiaj już nie musi, więc to już jest duża sprawa. I zaczęli ludzie inaczej mówić: – bo wie pani, to jest jednak dobra rzecz. Przywożą do domu, obiad jest dobrze przygotowany, dobry dietetyk to przygotowuje. I co jest jeszcze ważne – przyjeżdża taki pan do domu, babcia czy dziadek nie otwiera drzwi i ten pan od razu dzwoni – słuchajcie, tam nikt nie odbiera od dwóch dni obiadu. To jest wszystko do zrobienia.

Poza tym pytałam, czy są zadowoleni ze świadczeń programu dziennych domów wsparcia. 91% było zadowolonych. Jedna pani była niezadowolona, ale potem się okazało, dlaczego. Bo ona nie mogła przychodzić, ponieważ mieszkała na czwartym piętrze bez windy, nie dała rady schodzić.

Ale inny przykład. Mam 92-letnią pacjentkę w ramach ASOS. Całe życie schodziła z czwartego piętra i ona do dzisiaj schodzi. Ale od nas, z domu, tych parę ulic do przychodni nie jest w stanie pokonać. Bo trzeba tramwajem, autobusem pojechać. I takie osoby trzeba by również w ramach ASOS przywozić do nas, bo to się opłaca.

Pytaliśmy jeszcze, czy są zadowoleni z ASOS? Muszę powiedzieć, że są bardzo zadowoleni, czego najlepszym dowodem jest to, że do ministra Kamysza przyszedł list z podziękowaniem, sami go wysłali, ja nawet o tym nie wiedziałam, z prośbą o dalej, i moi pacjenci w tej chwili mówią – proszę pani, my musimy pisać teraz do ministerstwa rodziny, bo my chcemy tu być. Więc prawdopodobnie dostaną państwo list od grupy prawie 80 osób starszych z prośbą, żeby jednak państwo kontynuowali te ćwiczenia. W ramach ASOS bardzo dużo osób starszych przyjeżdżałoby do nas, gdyby można je było przywozić.

Najważniejsze postulaty. Nie będę mówiła o wszystkich, bo muszę kończyć. Chciałabym wymienić: stworzenie mapy potrzeb seniorów i budowa regionalnych programów pomyślnego starzenia. Proszę państwa, bez tego nic nie zrobimy. Ja sama już mniej więcej mam policzone, ale ponieważ to są bardziej dane statystyczne, mogę przypuszczać, ile czego będę potrzebowała ze względu na tę liczbę osób. Ważne jest centrum geriatrii i gerontologii w każdym województwie. Ważny jest merytoryczny nadzór uniwersytetu medycznego. Jeżeli to znowu będzie jakaś radosna twórczość, a mamy jej coraz więcej, to będzie po prostu źle robionych wiele rzeczy. Mówię o szkoleniach. Poza tym muszą powstać poradnie geriatryczne, łóżka szpitalne, potrzebne jest tworzenie dziennych domów wsparcia dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, dziennych domów opieki medycznej, domowej opieki geriatrycznej dla pacjentów leżących w domach. To jest bardzo ważne. Poza tym rozwinięcie form opieki nad osobami chorymi terminalnie.

Tu chciałam powiedzieć tylko jedno zdanie. Proszę państwa, bardzo starzy chorzy ludzie są dyskryminowani. Proszę sobie wyobrazić, że pierwszeństwo przyjęcia do hospicjum mają pacjenci z nowotworem, a bez nowotworu nie. Muszą mieć odleżyny, więc Polak główkuje, można próbować, ale to tak nie może być. Każdy ma prawo do godnego umierania.

Poza tym napisałam pracę, zrobiłam zresztą badania i na ich podstawie stwierdziłam, że wszyscy pacjenci, czy młodzi, czy z chorobą nowotworową, czy z jakąś inną, mają podobne objawy, tylko ból jest trochę inny, ale objawy podobne, czyli mają prawo do opieki geriatrycznej. Ja w tej chwili buduję hospicjum geriatryczne dla dorosłych, licząc na to, że fundusz, mimo że powiedział, że zapłaci, jak będą nowotwory, że jednak bez nowotworów też mi się uda przyjmować tych pacjentów.

Proszę sobie wyobrazić, że nie ma refundacji kosztów świadczeń dla pielęgniarki, psychologa i fizykoterapeutów poradni geriatrycznej, NFZ nie płaci.

Muszą tam być wytworzone standardy postępowania w zakresie medycyny geriatrycznej, w tym zresztą są, wyznaczenie zakresu opieki nad pacjentem w wieku podeszłym przez lekarza rodzinnego, hospicjum, poradnię geriatryczną, opiekę społeczną. Każdy musi wiedzieć, co do niego należy i co musi zrobić. Nie mówiąc o tym, że trzeba mieć dostęp do diagnostyki osób starszych, bo to jest duża trudność i to jest bardzo duża dyskryminacja.

Uruchomienie specjalistycznego niemedycznego transportu dla osób starszych, stworzenie cateringu, ale z pełną refundacją kosztów przez samorządy. Ważne jest zabezpieczenie odpowiednich warunków bytowania, adaptacja mieszkań i mieszkania chronione. Marzy mi się, że może w przychodni mogłoby być takie jedno mieszkanie chronione, gdzie byśmy sprawdzali, jak sobie radzą pacjenci. Poza tym ważne, abyśmy rodzinom i opiekunom zapewniali wypoczynek.

Musimy myśleć o teleopiece nad osobami starszymi. Ale bardzo ważne – teleopieka nie może zastępować bezpośredniego kontaktu osobowego, a jedynie stanowić wsparcie. Proszę państwa, ja ciągle ostrzegam, ale ludzie nie chcą tego słuchać – ta cała teletechnika wymknęła nam się spod kontroli. Można podsłuchiwać, podglądać. Jeżeli wejdziemy z teleopieką i dojdziemy do wniosku, że nie potrzeba ludzi, to będzie tylko pacjent i Skype. To niestety nie.

I druga sprawa, o której niedawno przeczytałam i mnie ogromnie przeraziła.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Pani doktor, bardzo proszę, czasu już…

Dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej Anna Jakrzewska-Sawińska:

Ostatnie zdanie. Bo chciałam, żeby to państwo wiedzieli. Ja liczę na to, że mi wszyscy pomożecie, że będziemy razem walczyć. Państwo później też się zestarzejecie, bo starość to nie jest choroba, to jest część naszego życia.

Chciałam jeszcze jedną rzecz powiedzieć. W tej chwili już lekarze mają prawo nie badać pacjenta, tylko mieć go na Skypie. Proszę państwa, bez jasnowidza sobie nie poradzą. A poza tym ja się najbardziej boję jednego, że wylejemy dziecko z kąpielą i cała medycyna pójdzie na psy. Dziękuję bardzo. To chciałam państwu powiedzieć. I przepraszam, że tyle mówiłam, ale to są naprawdę ważne sprawy.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani doktor, za takie holistyczne przedstawienie problemów geriatrii widzianych oczami prawdziwego praktyka, który na co dzień styka się z osobami starszymi. Wierzę w to, że już za kilka lat nie będziemy mówić, że u nas nie jest tak źle, tylko będziemy mówić, że u nas jest naprawdę bardzo dobrze. Ja w to wierzę i również do ministerstwa zdrowia i ministerstwa rodziny kieruję taki apel.

Zanim zakończymy dzisiejsze spotkanie, jeszcze na dwie minuty oddam głos posłowi, który chce przedstawić dobrą inicjatywę społeczną, która wpłynęła do biura posła.

Poseł Stefan Romecki (Kukiz 15):

Szanowni państwo, mam przyjemność przedstawić państwu prośbę, którą otrzymałem z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Wałczu; to jest na ziemi koszalińskiej, ja jestem posłem z Koszalina. Przyjechali do mnie. „Razem ze Stowarzyszeniem Pomocy Osobom Przewlekle Chorym i w ramach wspólnego działania, kierując się celami, potrzebami, oczekiwaniami lokalnej społeczności, wyszliśmy z inicjatywą powołania pierwszego akademickiego domu opieki nad osobami starszymi, pod nazwą ADOOS. Na uwagę zasługuje fakt, że będzie to pierwsza tego typu placówka w Polsce i Europie".

Tutaj już pani doktor mówiła o starzeniu się, że jest to normalny proces biologiczny. „Rozwój cywilizacyjny spowodował poprawę stylu życia i jakości, a skutkiem tego jest wydłużenie się średniego czasu trwania życia kobiet do 82, mężczyzn do 74 lat”. W mojej rodzinie wychodzi około 90 lat. Jeszcze pożyjemy razem. Planuje się, że w tym domu opieki będzie przebywało 100 osób niepełnosprawnych i zapewni się im opiekę krótkoterminową, opiekę długoterminową i opiekę dzienną. To tyle w telegraficznym skrócie.

Powiem państwu, że przekazałem tę prośbę również pani minister Rafalskiej.

Dom będzie pełnił trzy podstawowe funkcje: społeczno-opiekuńczą, edukacyjną (uczestniczenie w różnych zajęciach) i ekonomiczną (działalność gospodarcza – oferta dla osób spoza ośrodka). Główne źródło finansowania będą stanowić opłaty wnoszone przez podopiecznych, a także środki pozyskiwane z działalności dodatkowej, co będzie miało przełożenie na obniżenie kosztów placówki, a tym samym opłat wnoszonych przez podopiecznych. Poza tym ważnym elementem wsparcia działalności będą projekty umożliwiające funkcjonowanie tego domu. Co najważniejsze, w tym przedsięwzięciu chcą współuczestniczyć władze samorządowe. Inicjatorzy stworzenia ADOOS zwracają się o pomoc, bo chcą to zrobić w byłym budynku wojskowym, chcą działać, trzeba im tylko w jakiś sposób pomóc. Zostawiamy to już ministerstwu, w jaki sposób pomoże. A warto pomagać, bo dobroć wraca. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu posłowie. Głos jeszcze chce zabrać nasz gość. Proszę. Czy jeszcze ktoś z państwa w telegraficznym chce zabrać głos? Nie. Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Chciałem tylko powiedzieć jedno zdanie. Ponieważ była mowa o teleopiece, pragnę przypomnieć, że prowadzimy ogólnopolską sieć życia, robimy to od 20 lat, obejmujemy cały kraj. Nie trzeba na to pieniędzy, działamy bezpłatnie. Jako organizacja społeczna utrzymujemy się ze składek członkowskich deklaratywnych. Ci, których stać, wpłacają składki, ci, których nie stać, są zwolnienia z płacenia i to działa.

Jeżeli chodzi o rozwiązanie problemu pani doktor z tymi lekami. Bardzo proszę się z nami skontaktować, wskażemy bezkosztowe, proste rozwiązanie, polegające na tym, że „coś” będzie głośno przypominało: weź taki lek, i to nawet w różnych godzinach i o różnych lekach może mówić. Nie trzeba na to wielkich firm biznesowych, które chcą zarabiać i zdzierać skórę z seniorów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję wszystkim naszym gościom. Dziękuję pani doktor. Życzę wszystkim tyle energii i zapału, ile wykazuje pani doktor, będąc z nami. Stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości. Jeszcze raz dziękuję przedstawicielom MZ, MRPiPS, NFZ, również pani naczelnik z MZ. Dziękuję jeszcze raz wszystkim państwu. Zamykam dyskusję oraz posiedzenie Komisji.